ITEM 026 : DOULEUR ABDOMINALE AIGUË CHEZ LA FEMME ENCEINTE

➞ Toute douleur abdominale de la femme enceinte survenant en début de grossesse doit faire évoquer une **GEU.**
➞ Une douleur abdominale aiguë au 2°/**3e trimestre** doit faire évoquer un **hématome rétroplacentaire**.
On évoquera ainsi en priorité les causes **obstétricales** puis les **urgences fonctionnelles** (*torsion d'annexe*) et enfin les autres causes (digestives, urologiques…)
Hospitalisation : éliminer les étiologies engageant le pronostic vital (HRP, HELLP, rupture utérine, péritonite…), hospitalisation systématique en l'absence d'étiologie identifiée.
- **TTT antalgique.**
- **Corticothérapie anténatale** si risque de MAP < 34 SA (si PNA, appendicite…)

BILAN	Int			- Caractérisation de la douleur, signes associés évocateurs. - Situation obstétricale : terme, antécédents obstétricaux, présence de mouvements actifs fœtaux, de contractions utérines, pertes liquidiennes, métrorragies. - ATCD médicaux/chirurgicaux.
	C			- Constantes (TA, FC, Sat) avec prise de température. - **Palpation** : abdominale, fosses lombaires, utérines (hauteur utérine, tonus, mouvements actifs fœtaux). - **Examen au spéculum** : écoulement de liquide amniotique, métrorragies, leucorrhées. - **TV** (modification du col utérin) et **TR.**
	PC			- Bien-être fœtal : **électro-cardio-tocographie externe (si > 25 SA), bruits du cœur si < 25 SA,** et **échographie obstétricale** (vitalité fœtale, présentation, biométrie, quantité de liquide amniotique, positionnement placentaire)**, échographie pelvienne** (causes digestive/gynéco). - **Échographie du col** avec mesure de la longueur cervicale en cas de contractions utérines < 34 SA. - Bilan maternel : . **Groupage/Rh/RAI, NFS, CRP, TP/TCA/fibrinogène, iono, créat, bilan hépatique, lipase, glycémie.** . **BU et ECBU** systématique. . **Hémoculture** avec recherche de *Listeria* si fièvre. . **Écho abdomino-pelvienne** et **rénale** ➞ **TDM** possible en 2de intention. **Écho abdopelvienne** : peu performante pendant la grossesse, attention dilatation pyélocalicielle physiologique. **TDM** : **possible à tout terme de grossesse** (éviter produit de contraste au 1° T et si allaitement), aucun examen diagnostic n'atteint le seuil de 100 mGy (pas d'effet délétère) : TDM abdopelvien = 8 mGy (max 39 mGy), information de la patiente++. Pas de surrisque de cancer infantile démontré en imagerie diagnostique. **IRM** : possible, éviter le 1° T, limiter les injections de produits de contraste (y compris si allaitement). **Bilan biologique orienté** (selon la présentation clinique) = lipasémie, hémocultures si T° > 38 °C (avec recherche spécifique de *Listeria*), protéinurie des 24 heures.
ÉTIOLOGIE	Causes obstétriques	T1		- **GEU** (même en l'absence de métrorragie). - **Fausse couche précoce.**
		T2		- **Fausse couche tardive.**
		T3		- **Chorioamniotite** : RPM, douleur fièvre et contractions utérines, tachycardie fœtale, syndrome inflammatoire : risque d'infection bactérienne néonatale et d'endométrite maternelle. Tocolyse formellement contre-indiquée. PV/ECBU/Hémocultures avant antibiothérapie. - **MAP** : contractions utérines douloureuses < 37 SA et modifs cervicales ➞ échographie du col au moindre doute, **bilan** : PV (bactério)/ECBU, enregistrement du RCF (normal+), écho fœtale. **- Début de travail** : CU douloureuses >37SA, RCF normal.
			Hématome rétro-placentaire (HRP)	= 1re cause à évoquer au 3e T : - Douleurs abdominales en coup de poignard, métrorragies de sang noir et de faible abondance, contracture utérine généralisée et permanente, état de choc, TA variable (HTA). Anomalies du RCF ou mort fœtale. - Terrain : **1/3** PE ou terrain vasculaire (RCIU), **1/3** RPM, **1/3** inaugural (sans terrain spécifique). - FDR : âge/> 35 ans, HTA, tabac, primipare, PE, cocaïne. - Pronostic vital fœtal et parfois maternel ➞ Urgence ++, pas d'échographie. - Risque de CIVD (libération de thromboplastine dans le sang maternel).
			HELLP syndrome	- Contexte HTA ou pré-éclampsie (4-10 % des PE) ; Peut survenir en post-partum. - Douleur épigastrique/hypochondre droit en barre (signe de gravité, doit faire évoquer un hématome sous-capsulaire hépatique). - Diagnostic biologique (cf item 344) : hémolyse, cytolyse hépatique, thrombopénie. - Urgence (pronostic maternel et fœtal). ➞Si PE avec douleur abdo : suspicion de PE sévère (++ douleur en barre).

			Rupture utérine	= Sur utérus cicatriciel : 75-80 % en cours de travail (rare+++ en dehors du travail) **FdR** : utérus cicatriciel, multiparité, travail long, maturation par prostaglandines sur utérus cicatriciel, délai < 6 mois entre une chirurgie utérine et une grossesse. - **Antécédent de césarienne** ou de chirurgie utérine. - **Douleur brutale** (peut être masquée sous péridurale/scapulalgie sur hémopéritoine)**, déformation utérine, métrorragie de sang rouge** (30-40 %), **choc.** - **Atteinte fœtale** (constante) : anomalie du RCF ou MFIU. - Urgence +++ (pronostic vital fœtal, +/- maternel).
	Causes gynécologiques			- **Torsion d'annexe** (généralement 2ndr à un kyste ovarien) : douleur d'apparition brutale, intense, insupportable, non calmée par les antalgiques, plus fréquemment au 1er ou 2d trimestre, irritation péritonéale : prise en charge chirurgicale dans les 6 heures (cœlioscopie possible jusqu'à 28 SA). - **Rupture hémorragique** ou **hémorragie intrakystique** : plus fréquemment au 1er ou 2d trimestre. - **Nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin :** à tout stade de la grossesse, si fibrome postérieur : dur à voir à l'écho (TDM), douleur permanente/spontanée, non fébrile en général, mais possible CRP+. ➞ La salpingite et l'endométrite ne sont pas possible chez la femme enceinte.
	Causes urinaires			➞ Siège le plus souvent à droite (du fait de la dextrorotation utérine physio) : attention dilatation pyélocalicielle modérée **< 20 mm** fréquente à droite ! - **Infection urinaire** (SFU, fièvre) = **cystite, pyélonéphrite ➞ ECBU** devant toute douleur abdominale Risque majoré d'infection urinaire durant la grossesse. - **Colique néphrétique** : douleur brutale du flanc, irradiant en avant et dans les OGE, sans position antalgique ➞ **échographie rénale (uro-TDM si écho rénale non contributive).** Réflexe : association fréquente **IU et MAP** (toute infection peut déclencher une MAP)**/IU et diabète.**
	Causes digestives			- Pathologie vésiculaire : **colique hépatique, cholécystite.** - Pathologie hépatique : . **Hépatite aiguë** (attention au risque de transmission maternofœtale). . **Stéatose hépatique aiguë gravidique.** . **Hématome sous-capsulaire du foie** : douleur de l'hypochondre droit, abdomen souple, en contexte de prééclampsie ➞ **échographie.** - **Constipation/fécalome** (fréquent) : TR sur point d'appel, possible douleur intense avec CRP+ ! - **Occlusion intestinale, volvulus du côlon.** - **Appendicite** (fréquente) ou **péritonite :** douleur ascensionnée ou diffuse, absence de défense, CU au 1° plan (par irritation péritonéale), attention hyperleucocytose physiologique, diagnostic sur l'écho, risque de fausse couche/prématurité. - Pathologie gastrique : **gastrite, ulcère gastroduodénal, gastroentérite aiguë** (parfois hyperalgique) : attention à la confusion avec un HELLP Syndrome (barre épigastrique). - **Pancréatite aiguë.** Une grossesse peut masquer une défense/Une pathologie digestive peut déclencher une MAP. ➞ **NFS, CRP, bilan hépatique, lipase, écho abdominopelvienne** (mais moins performant durant la grossesse). ± TDM injecté (possible à tout moment de la grossesse !), FOGD.